

AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICINAS

MEDICINAS PARA ALUMNOS Referencia Legal:Codigo Educacional Seccion 49423

«...cualquier alumno que debe tomar medicina recetada por su medico durante el dfa escolar, puede obtener la ayuda de la enfermera escolar u otro personal escolar designado, si el distrito escolar ha recibido (1) declaracion escrita del medico detallando el nombre de la medicina, metodo, dosis y horario de administracion de tal medicamento, y (2) una declaracion escrita del padre o guardian del alumno indicando su consentimiento para que el distrito escolar asista al estudiante a tomar la medicina de acuerdo con las instrucciones del medico.» Ningun otro medicamento puede ser administrado por el personal escolar. Esto incluye medicamentos disponibles sin receta.

Las medicinas se deben mandar a la escuela en el envase orieinal claramente marcado con el nombre del estudiante, nombre del medico quien lo autoriza, nombre de la medicina e instrucciones. Favor de completar v adfuntar este formulario tambien. *Favor de notar que es la responsabilidad de los padres de estar seguros que la information en este formulario este " al corrlente.*

Estudiante _____ Grado _____ Maestro/a. _____ Fecha _____

Padre/Madre _____ Teldfono _____ 0 _____

{La seccion de abajo debe ser completado por el medico)

** Health Care Provider _____ Telephone _____

1. Medications Dose Frequency Duration Possible Side Effects

2. Additional Information and/or Precautions regarding medication or student's condition:

3. Soy el/la Padre/Guardian del estudiante nombrado arriba y tengo custodia legal de el/ella. Por medio de esto doy mi permiso al personal apropiado del Distrito en administrar o ayudar en la administracion de medicamentos y/o tratamiento como es especificado por su medico. Ademas, doy consentimiento al distrito para recibir de o mandar a este proveedor de salud cualquiera information acerca de la condition de salud de mi hijo/a..

Firma de Padre/Madre/Guardlan: _____ Fecha _____

4. Si el estudiante puede administrar medicamentos por si mismo, hay que llenar este contrato:

AUTORIZACION PARA AUTO-ADMINISTRACION:

A. Estudiante: Certifico que he leído las instrucciones acerca de la autoadministracion de mi(s) medicina(s). Estoy de acuerdo con tomar estas medicinas nombradas arriba segun las recomendaciones del medico.

Firma del Estudiante: _____ Fecha _____

B. Padre/Mad re/Guardian: Mi hijo/a ha sido instruido en la administracion y dosis correcta de las medicinas(s) nombrada(s) arriba y ha demostrado la habilidad de autoadministrarsela(s). Nosotros/Yo (Padre/Guardian) pedimos que el/ella tenga permiso de administrate la(s) medicina(s) a si mismo segun las instrucciones de nuestro medico y las reglas del Distrito.

Firma de Padre/Madre/Guardian: _____ Fecha _____

**Health Care Provider: I am a physician actively licensed by the State of California. Attached hereto is a prescription for the medication/treatment specified above.

I 1 * initial here if student has been properly trained and is able to self-administer

Physician Signature _____ Date _____